

Modulo delega apicoltori

ASL di \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto

COGNOME (\*) \_\_\_\_\_

NOME (\*) \_\_\_\_\_

Nato il (\*) \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov di \_\_\_\_\_

Codice fiscale (\*) \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

In qualità di:

Titolare

Rappresentante legale

Dell'azienda apistica denominata (se diverso) \_\_\_\_\_

Codice Aziendale (\*) \_\_\_\_\_ /sottocodice \_\_\_\_\_

Codice fiscale (se diverso) \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Che intende avvalersi per gli adempimenti previsti dall'Art. 7, punto 1, lettera c) del DECRETO 4 dicembre 2009 "Disposizioni per l'anagrafe apistica nazionale" del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di:

- Associazione Apistica ASSOCIAZIONE PRODUTTORI APISTICI
- CAA DELLA PROVINCIA DI BERGAMO
- APA UFFICIO:
- Servizio Veterinario dell'ASL Via Pizzo Redorta 20/B - 24125 BERGAMO

Data..... (firma del richiedente) \_\_\_\_\_

Visto del Responsabile del Servizio Veterinario \_\_\_\_\_